

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N.
210

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Hugues COCARD

Né à Angers, le 19 mai 1899

Étude médico-sociale sur le fonctionnement

D'UN

Dispensaire antituberculeux de grande ville

LE DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX D'ANGERS

Président : M. Léon BERNARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Hugues COCARD

Né à Angers, le 19 mai 1899

Étude médico-sociale sur le fonctionnement

D'UN

Dispensaire antituberculeux de grande ville

LE DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX D'ANGERS

Président : M. Léon BERNARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . Urologie.

MM.

HOVELACQUE . . Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgicale.
 METZGER Obstétrique.
 MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 RIBIERRE Pathologie médicale.
 RICHTER Fils . . Physiologie.
 TANON Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTERRER . . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAYASTINE. Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LCEPER. . . . Clinique médicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
RATHERY. . . . Clinique médicale.
SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLAY BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FILS

A MA CHÈRE FEMME

En témoignage de ma profonde tendresse.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Pour le dévouement dont il nous donne chaque jour le grand exemple.

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS DÉCÉDÉS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR DEZANNEAU

A MON ONCLE LE DOCTEUR SIGAUD

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur de Clinique obstétricale

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAPIN

Directeur du laboratoire de bactériologie de Maine-et-Loire

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMSLER

Médecin Chef des dispensaires antituberculeux
de Maine-et-Loire

*Qui a bien voulu nous guider
dans ce travail*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Laënnec

*Pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales nous ne voulons pas les terminer sans avoir dit notre profonde reconnaissance à tous nos Maîtres de l'Ecole de Médecine d'Angers qui, nous faisant profiter de leur science et de leur grande expérience, nous ont initié à la recherche si difficile du diagnostic.

Que M. le Dr Amsler veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère gratitude pour l'obligeance avec laquelle il nous a communiqué les observations qui ont servi de base à ce travail et son aide si précieuse dans son achèvement.

Étude médico-sociale sur le fonctionnement
D'UN
Dispensaire antituberculeux de grande ville

LE DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX D'ANGERS

INTRODUCTION

Il semble bien inutile à l'heure actuelle de plaider la cause des dispensaires antituberculeux. Si à leur début ils ont rencontré de la part du public ou des médecins une certaine indifférence qui alla même quelquefois jusqu'à l'hostilité, cette prévention est maintenant complètement disparue et le dispensaire suivant le mot d'un de nos maîtres en phthisiologie est bien le pivot de la lutte antituberculeuse.

Nous savons bien que l'on a souvent reproché au dispensaire d'être de création américaine tout à fait différente de notre manière de voir les choses donc par conséquent peu accommodé au génie français. Pour répondre à une telle objection est-il besoin de rappeler que les premiers dispensaires ont été fondés par Calmette et Courmont l'un à Lille et l'autre à Lyon, et que c'est même à Calmette que nous devons ce mot de dispensaire. Cette formation d'origine éminemment française a été adoptée par les Améri-

cains et ce n'est qu'en 1916 que les dispensaires ont eu une existence légale (Loi Léon Bourgeois) suivant deux types le dispensaire public et le dispensaire privé. En effet ce n'est que depuis la guerre que la lutte contre la tuberculose s'est véritablement organisée. Etant données les conditions dans lesquelles la mobilisation dut s'opérer de nombreux tuberculeux se montrèrent dans les rangs des armées. Ceux-ci renvoyés sans pension dans leurs foyers et ignorant les mesures élémentaires de prophylaxie à prendre portaient la contagion dans tout le pays. De nombreux établissements furent créés pour donner aux militaire tuberculeux les soins et l'éducation nécessaire avant leur retour dans leurs foyers. Pour continuer aux malades sortis de ces « stations sanitaires » les soins reçus le ministère de l'Intérieur suscita la création de « Comités d'assistance aux militaires tuberculeux ». Ce sont ces créations qui ont constitué la souche de toute l'organisation actuelle. Peut-être serait-il intéressant de voir maintenant le chemin parcouru. Nous prendrons comme type un dispensaire de ville de moyenne importance et dresserons le bilan de ces cinq dernières années. M. G. Poix a dressé un tableau suggestif de l'armement antituberculeux de la France. Le rendement de cet armement a lui aussi son intérêt et s'il est un peu tôt pour tirer des conclusions sur les progrès faits contre la tuberculose étant donné le peu de recul dont nous pouvons profiter tout au moins aurons-nous eu le mérite d'apporter quelques docu-

ments facilitant plus tard le travail pour dresser un bilan. Nous étudierons donc le dispensaire d'Angers d'une manière simplement objective ne voulant pas faire un travail de statistiques constatant ce qu'il fait tant au point de vue médical que social. Chaque observation est destinée à montrer un des rôles du dispensaire et par conséquent nous n'en avons pas fait une véritable observation médicale disséquant le malade complètement.

DISPENSARE D'ANGERS

Aussitôt après le vote de la loi du 15 avril 1916 laissant le champ libre à la création d'un « Comité d'assistance aux militaires tuberculeux ou bien à un dispensaire la question fut posée dans une réunion préparatoire pour connaître lequel de ces deux organismes entrerait en fonction. L'opinion générale se rallia en présence des difficultés auxquelles se heurterait à ce moment l'organisation d'un dispensaire, à la création du Comité dont la réalisation répondait à des besoins ne pouvant attendre, préparant l'action du dispensaire, et qui étant un organisme moins complexe permettait d'aller du simple au composé. Le temps de tout organiser, de former des monitrices d'hygiène, ce ne fut que le 16 mars 1918 que commencèrent les visites à domicile. Ce « Comité d'assistance », comme son nom l'indique, s'occupait seulement des militaires réformés pour tuberculose, les familles de ceux-ci n'étant pas admises aux consultations. Cependant ce Comité fournissait des secours en nature, secours équivalant à environ trente francs par mois par malade. Ce Comité départemental fonctionna ainsi jusqu'au 27 novembre 1920 date à laquelle il fut dis-

sous et remplacé par le dispensaire actuel. C'est un dispensaire privé autrement dit, son indépendance administrative et financière est complète. Il suit cependant les directives de la plupart des dispensaires et les règles adoptées par les dispensaires antituberculeux de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

De plus la liaison est étroite avec le Comité national de défense contre la tuberculose dont les directives sont scrupuleusement appliquées. On ne saurait trop insister en effet sur la nécessité que présente cette coordination qui seule permet un rendement efficace. Dans cette lutte si difficile, il faut absolument un organe central vers lequel doivent converger tous les documents statistiques et d'où doivent émaner les directives. En conséquence les statistiques du dispensaire d'Angers sont envoyées ponctuellement au Comité national. Cette unification a le grand avantage de permettre de faire suivre les malades dans les mêmes conditions dans les différentes villes où se trouvent des dispensaires suivant les mêmes directives. Un simple transfert de dossier sur la demande du malade et le nouveau dispensaire où il consulte est immédiatement renseigné sur les antécédents pathologiques du tuberculeux et le traitement qu'il a suivi jusqu'à ce jour.

Le dispensaire d'Angers se trouve situé en plein centre de la ville en un lieu où convergent tous les moyens de transport. Ceci, nous semble-t-il, a une grosse importance. Il faut s'imaginer en effet qu'à

la consultation viennent souvent des femmes et des enfants qui ont fait (et ceci n'est pas rare) trois, quatre ou même six kilomètres pour connaître la vérité sur leur état. Trouvant à leur portée le tramway qui les emmènera directement chez eux ils viendront d'autant plus facilement au dispensaire et lui permettront d'étendre d'autant plus son action. De plus nous sommes à Angers dans une ville de province où beaucoup de personnes se connaissent, où les langues marchent facilement aussi le dispensaire a-t-il été placé dans une petite rue latérale. Les malades peuvent ainsi venir très discrètement consulter et s'en retourner de même sans avoir été vus par personne.

Une visite rapide des locaux nous montre une salle d'attente spacieuse où les malades plus gravement atteints séjournent le moins possible. Ils sont isolés et on les fait passer rapidement à la consultation. De la sorte on évite le danger que leur présence peut faire courir aux autres malades en même temps qu'elle évite à ceux-ci une action démoralisante tout à fait contraire aux bons effets que l'on peut attendre de la thérapeutique qui leur sera conseillée ultérieurement par leur médecin habituel. De cette salle d'attente les malades passent dans trois cabinets où ils se déshabillent et d'où aussitôt prêts des infirmières les dirigent vers l'un des deux cabinets de consultation. Cette disposition permet une grande rapidité dans la visite en évitant de nombreuses pertes de temps. Ajoutons à cela une salle

de radio où ne sont faites que des radioscopies et une salle privée pour les infirmières visiteuses contenant également les fichiers. De plus un petit laboratoire où on ne pratique que des examens d'urines, les examens de crachats et les réactions sérologiques étant faits au laboratoire de l'Ecole Médecine.

ROLE MÉDICAL DU DISPENSAIRE

C'est celui que nous étudierons en premier lieu. C'est en effet à l'issue de l'examen du malade que seront décidées les mesures de prophylaxie à prendre. Le rôle social tout entier est donc conditionné par l'examen médical. Il a été conçu suivant les directives générales qui ont été préconisées récemment dans le règlement intérieur des dispensaires élaboré et voté par le Conseil de direction du Congrès le 20 juin 1925. Ces directives ont été appliquées à Angers, c'est-à-dire que jamais le dispensaire n'a tenté de substituer son autorité à celle du médecin traitant. Dans notre ville comme partout en général il y a eu au début une certaine prévention, puis peu à peu, les rapports ont paru très nettement s'améliorer. Il n'y a pas en effet, rivalité d'influence entre le dispensaire et le médecin traitant, mais essai d'une collaboration qui paraît devoir être fructueuse. Deux cas sont à considérer : ou bien le malade vaguement inquiet sur son état, vient consulter de lui-même, ou bien il est envoyé par son médecin. Dans un cas comme dans l'autre, le dispensaire met en œuvre tous les moyens de diagnostic dont il dispose. Les résultats des examens pratiqués sont

envoyés directement au médecin qui a demandé l'avis du dispensaire. Si le malade est venu de lui-même, on essaie de le persuader d'envoyer ces mêmes résultats à son médecin habituel et généralement on y arrive, le malade comprenant bien tout l'intérêt qu'il retirera d'un traitement suivi car jamais, dans un cas comme dans l'autre, aucune indication thérapeutique n'est donnée. Le tuberculeux ne reçoit que des conseils de prophylaxie. On voit donc que le dispensaire ne fait nullement concurrence au médecin mais au contraire qu'il le complète ayant à sa portée des moyens d'investigation plus étendus. Aussi est-il intéressant de constater que les rapports vont en s'améliorant de jour en jour et que dans l'année 1925 pour le seul dispensaire d'Angers 95 médecins de la ville et des environs y ont adressé des malades et qu'il leur a été expédié 680 résultats. Un certain nombre de médecins sont d'ailleurs les premiers à inciter leurs malades à venir régulièrement au dispensaire et à leur rapporter les résultats. Cette confiance n'est d'ailleurs pas spéciale à Angers puisque à Cholet, ville d'importance beaucoup moindre, 17 médecins l'année dernière ont adressé un nombre de malades tel qu'il a fallu leur communiquer 275 résultats. Il est donc permis d'espérer qu'un jour bientôt proche cette confiance sera devenue la règle et alors une collaboration très fructueuse sera établie pour le plus grand bien de la lutte antituberculeuse.

Fonctionnement du dispensaire

Au dispensaire d'Angers sont attachés deux médecins qui sont chargés en même temps des visites dans tout le département. L'effort principal est dirigé vers le diagnostic précoce de la tuberculose aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, car c'est en prenant cette maladie au début que l'on a le plus d'action sur elle et surtout que l'on peut empêcher les contaminations des parents et amis du malade. Mais si autrefois le diagnostic de tuberculose était posé très rapidement il n'en est plus de même aujourd'hui et l'opinion du médecin doit être basée sur une série d'examens différents les uns des autres. Plusieurs sortes d'examens sont employés à Angers, la radioscopie, l'examen bactériologique des expectorations ou des différents épanchements, la cuti-réaction et depuis quelques temps la recherche de la vitesse de sédimentation des hématies.

a) *Radioscopie.* — La radioscopie est systématique. Chaque malade venant à la consultation doit passer devant l'écran pour faire confirmer le diagnostic clinique par le diagnostic radiologique. Les radioscopies sont renouvelées fréquemment pour permettre de constater les améliorations ou les aggravations survenues dans l'état du malade. Souvent d'ailleurs la radioscopie étant insuffisante comme chez l'enfant où des altérations du paren-

chyme pulmonaire donnent à l'écran des ombres douteuses, on sera obligé de faire une radiographie. La faire presque chaque fois serait très intéressant car d'après M. Ribadeau-Dumas (1), c'est souvent le seul moyen que nous ayons de diagnostiquer chez l'enfant une tuberculose déjà même avancée. De même, cette radiographie est le seul moyen de préciser la valeur exacte d'un poumon présumé sain avant d'entreprendre un pneumothorax artificiel. Malheureusement des raisons d'ordre financier empêchent de la faire plus souvent.

Bien souvent des malades viennent spontanément ou envoyés par des médecins pour suivant leur propre expression « passer seulement à la radio ». Cette conception du dispensaire considéré comme un poste de radiologie gratuite, a été combattue avec vigueur. Elle est contraire à la fois à la fonction du dispensaire et à l'esprit scientifique médical actuel qui veut qu'on base son diagnostic sur un ensemble d'exams dont la radioscopie ne constitue qu'un stade. Aussi chaque malade en arrivant au dispensaire d'Angers doit donner son nom et passer à la visite médicale à la suite de laquelle il sera convoqué pour l'examen radiologique qui a lieu à certains jours. De la sorte, le malade pris en charge par le dispensaire recevra chez lui la visite des infirmières visiteuses et à son sujet entreront en jeux, tous les moyens prophylactiques que l'on possède à Angers.

1. Ribadeau-Dumas, *Tuberculose de l'enfant*, p. 63.

b) *Examen bactériologique des expectorations.* — Inutile de rappeler ici l'importance capitale de la recherche des bacilles dans les crachats même après un certain temps (1). On ne saurait en effet trop insister sur cette idée que dans de nombreux cas les bacilles se manifestent très précocement et permettent de poser un diagnostic de tuberculose avec certitude alors même que les signes cliniques et radiologiques sont peu concluants. Au point de vue examen bactériologique des expectorations, nous distinguerons trois stades : un premier où les examens sont multipliés d'une façon systématique, on a alors affaire à un malade présumé tuberculeux avec signes cliniques et radiologiques légers mais dont les crachats ne renferment pas de bacilles ; un deuxième stade où la tuberculose est confirmée, les examens sont moins fréquents et pratiqués de loin en loin ; un troisième stade où ils recommencent à être effectués régulièrement c'est qu'il sont redevenus négatifs. De la sorte, on évite de lancer dans la vie publique un tuberculeux qui n'élimine ses bacilles que par intermittence. Le malade lui-même aurait tendance à se croire guéri à la première analyse négative et voudrait reprendre sa vie habituelle risquant ainsi de tout compromettre. Ces examens bactériologiques comme nous l'avons déjà dit ont lieu au laboratoire de l'Ecole de Médecine où la recherche

1. Chaisné, *Contagion de la tuberculose par crachats*. Thèse Paris, 1915-1916.

se fait par homogénéisation par la méthode de Rezançon et Philibert.

c) *Cuti-réaction à la tuberculine brute.* — Elle est employée à Angers d'une manière absolument systématique chez tous les enfants. Marfan (1) nous a bien prouvé son intérêt dans la pratique infantile à un double point de vue :

1° Une cuti-positive au-dessus de deux ans permet d'affirmer une tuberculose active ;

2° Etant donnée la facilité avec laquelle est affirmée bien souvent la nature tuberculeuse de certaines affections trachéo-bronchiques ou même de certaines adénites la cuti-réaction négative pratiquée en série permet d'éliminer sûrement l'origine tuberculeuse.

Chez nombre d'enfants cette cuti-réaction négative prend une valeur considérable en éliminant la tuberculose pour permettre de suspecter fortement le diagnostic d'hérédo-syphilis (2).

Très fréquemment aussi la cuti-réaction est employée à titre de pronostic chez le tuberculeux pulmonaire. On sait en effet, comme le professeur Léon Bernard l'a si bien montré (3) tout le profit que l'on pourrait retirer de cette réaction ainsi employée : une cuti-réaction négative permettant de porter un pronostic sombre et contrairement si elle

1. Marfan, *La cuti-réaction, sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du premier âge* (*Presse médicale*, n° 98, 1923).

2. Denechau et Amsler, *Archives médico-chirurgicales de province*, n° 8, 1922.

3. Léon Bernard, *Tuberculose pulmonaire*.

est positive. Quelquefois même en discutant tardivement la création d'un pneumothorax artificiel c'est grâce à la cuti-réaction que l'on a pu évaluer le degré de résistance du sujet.

d) *Vitesse de sédimentation des hématies.* — Depuis quelque temps le dispensaire met en pratique cette nouvelle réaction qui rentre dans le cadre des examens et qui si elle ne permet pas un diagnostic étiologique de la tuberculose apporte un élément de valeur très considérable dans le diagnostic peut être plus difficile encore de la forme de tuberculose. Voici comment l'on procède au dispensaire d'Angers (1) : par ponction veineuse on aspire 1 cmc. 6 du sang du malade examiné que l'on mélange avec 0 cmc. 4 d'une solution de citrate de soude à 5 0/0. Pour évaluer la vitesse de sédimentation des hématies on a marqué sur le tube où l'on a fait le mélange, trois traits devant la hauteur totale du liquide l'un à la moitié les deux autres au tiers et on note au bout de combien de temps s'accomplit cette sédimentation des globules rouges. On a observé constamment que cette chute des hématies était d'autant plus accélérée que le pronostic était plus sombre.

Souvent même, de plus, on fait au dispensaire des prises du sang pour la recherche de la syphilis soit que celle-ci soit associée à la tuberculose, ou au contraire qu'on la soupçonne seule car un diagnostic négatif de la tuberculose ne présente vraiment de

valeur que si après avoir éliminé la tuberculose on peut affirmer la maladie en jeu, d'où nécessité en certains cas de pratiquer la réaction de Wassermann.

Maintenant quels sont les résultats les plus intéressants fournis à l'aide de ces méthodes. L'intention de notre travail n'est pas de les énumérer tous, mais de montrer par quelques observations l'intérêt qui s'attache à leur emploi.

Diagnostic précoce de la tuberculose

C'est la recherche principale du dispensaire, celle où porte une grande partie de son effort. Ce diagnostic précoce grâce aux méthodes actuelles, est souvent permis alors même que les autres signes cliniques et radiologiques ne permettraient pas d'affirmer la maladie.

OBSERVATION I

Le 29 avril 1922, M... Hyacinthe, se présente à la consultation. Il est âgé de 20 ans et est demeuré longtemps en contact avec un frère mort en 1921 de tuberculose pulmonaire. Il a été pris bon pour le service armé et vient poussé par sa famille qui craint les suites du contact prolongé qu'il a présenté avec son frère. Il pèse 62 kgr. 800. La fiche de premier examen porte : facies pâle. Rien dans ses antécédents sinon une fièvre typhoïde (?) à onze mois. Ne se plaint de rien sauf selon sa propre expression d'être « enrhumé » depuis trois jours, tousse un peu et crache légèrement le

matin. A toutes les autres questions ordinaires posées, la réponse est négative. Il travaille encore sans aucune fatigue. L'examen clinique montre simplement quelques sibilants légers aux deux sommets si bien qu'il est pourvu de l'étiquette « en surveillance pour contact récent ». Radioscopie le 9 mai 1922 : deux sommets gris s'éclairant peu à la toux, accentuation des hiles et quelques ombres ganglionnaires. Le 10 mai 1922 l'analyse bactériologique des crachats montre de nombreux bacilles de Koch.

OBSERVATION II

F... Berthe, vient à la consultation le 18 mai 1922.

Jeune fille âgée de 23 ans. Se plaint simplement de fatigue assez prononcée; a eu dessueurs nocturnes assez abondantes terminées depuis un mois, expectoration très légère le matin, peu d'amaigrissement. Dans ses antécédents familiaux on retrouve :

Une mère morte à 53 ans de tuberculose pulmonaire avec laquelle elle a eu un contact prolongé;

Un frère mort à 19 ans de tuberculose pulmonaire ;

Un frère mort à 6 mois de méningite ;

Une sœur atteinte de tuberculose pulmonaire;

Un frère bien portant.

A l'examen clinique, on a seulement à l'auscultation des signes légers du sommet droit caractérisé[par de la submatité, une inspiration légèrement diminuée et quelques frottements. Pas de bruits surajoutés à la toux. Pas de température. D'emblée l'examen des crachats a montré de nombreux bacilles.

OBSERVATION III

F... Marcel, 25 ans, se présente au dispensaire le 17 février 1923. Dans ses antécédents on trouve une mère décédée de tuberculose pulmonaire en 1914 avec laquelle il a eu un contact de huit mois et sa femme morte quinze jours auparavant également de tuberculose pulmonaire en contact avec lui pendant un an. Aucune maladie antérieure. Le malade pèse 70 kilogrammes, est apyrétique et crache simplement un peu dans la journée. Bon aspect général sauf un thorax peu développé à structure étriqué. A l'auscultation, on trouve un sommet gauche dont les modifications paraissent suspectes, image radioscopique normale mais les crachats analysés le 20 février 1923 sont positifs.

L'on voit en examinant ces trois observations prises parmi de nombreuses autres que le diagnostic de tuberculose a été posé d'une façon extrêmement précoce alors que les signes cliniques et même radiologiques n'auront pas permis d'établir un diagnostic précis. Le premier malade est venu poussé par sa famille se plaignant seulement d'être « enrhumé » ; les deux autres ayant eu des contacts assez prolongés avec des malades contagieux sont venus probablement sur les conseils d'une infirmière visiteuse. L'importance de la gratuité de la visite saute ici aux yeux, car rappelons-le, le dispensaire d'Angers voit surtout dans sa clientèle des ouvriers ou des gens ayant peu de ressources. Lequel donc de ces

trois malades aurait été consulter un médecin alors qu'il n'était même pas arrêté dans son travail. Ils ont pu ainsi bénéficier d'un examen clinique fait par un médecin spécialiste, d'examens radiologiques et même d'un examen bactériologique qui a été nécessaire pour formuler le diagnostic. L'observation suivante en est un exemple saisissant.

OBSERVATION IV

J... Louis, 18 ans, forgeron, vient au dispensaire le 16 mars 1926. Il a perdu en 1918, son père réformé de guerre pour tuberculose pulmonaire et sa mère décédée pour la même maladie en 1919. Il a vécu assez longtemps en contact avec ces deux malades et ne présente aucun antécédent pathologique. C'est sa tante avec laquelle il vit qui l'a contraint à venir se faire examiner car elle le trouve un peu pâli depuis quelques jours. L'interrogatoire le plus fouillé ne révèle aucun symptôme subjectif. Le malade mange bien, dort bien, aucune sensation fébrile, ne tousse ni ne crache. Il travaille toute la journée et a été obligé de prendre un jour de congé pour venir consulter. A l'examen clinique signes très nets de ramollissement d'un peu plus du tiers supérieur du poumon droit avec gros râles bulleux à la toux. A l'examen radiologique pommelures de la moitié supérieure du poumon droit avec petites clartés à la toux et zone suspecte sous la clavicule gauche. Le malade est adressé immédiatement à l'Hôtel-Dieu dans le service de clinique médicale où on lui commence un pneumothorax droit se réservant d'intervenir à gauche si besoin en était.

Est-il nécessaire en effet de s'étendre longuement sur l'intérêt présenté par le diagnostic ainsi posé d'une manière précoce : 1° *au point de vue du malade*. Le traitement de la tuberculose est encore si chétif que ce n'est guère qu'au début seulement que l'on peut avoir une action véritablement efficace. De plus, point qui est à considérer à l'époque actuelle, c'est le moment où le malade pourra se traiter avec le minimum de frais : cure de repos diminuée d'autant et souvent même pouvant être évitée ce qui dans la classe ouvrière a une grande importance la tuberculose faisant de rapides progrès dès que le chef de famille ne gagne plus rien et par là même ne peut se soumettre au régime de suralimentation obligatoire ;

2° *Au point de vue social*. — C'est en effet au début que l'on peut employer une prophylaxie véritablement efficace. Prévenons le tuberculeux ainsi diagnostiqué précocement des dangers qu'il peut présenter pour sa famille si son état s'aggrave, recommandons-lui de prendre les précautions d'hygiène nécessaires et s'il suit les conseils donnés nous aurons fait véritablement une œuvre utile. De plus si les malades sont pris en charge tout au début leur nombre diminuera dans les sanatoriums ou autres établissements de cure et l'on voit d'ici les sérieuses économies qui peuvent être réalisées sur ce point.

D'ailleurs l'évolution des malades se poursuit dans ce sens d'une manière très nette : le nombre des grands malades diminuant chaque jour alors que celui des tuberculeux au début augmente sans cesse.

Dépistage de la tuberculose

C'est le complément presque obligatoire du diagnostic précoce de la tuberculose. Le rôle du dispensaire étant un rôle éminemment de prophylaxie, son action ne s'étend pas seulement au malade mais par lui il cherche à retrouver la cause première de l'infection, ce qui n'est pas toujours chose facile.

OBSERVATION V

T... Geneviève, 6 ans, vient au dispensaire en octobre 1921 amenée par sa mère. Elle présente un état général médiocre. A l'auscultation on entend des signes de bronchites généralisés, des signes d'adénopathie trachéo-bronchique du côté droit avec diminution du murmure respiratoire de ce côté. Antécédents héréditaires très chargés :

Le père tousse et crache ;

La mère tousse et crache ;

Un frère décédé à 8 mois de diphtérie (?) ;

Un frère mort à 4 mois de paralysie infantile ;

Une sœur morte de tuberculose à 12 ans.

Les parents sont des gens particulièrement mal commodes et réfractaires. Il est difficile d'avoir des crachats du père qui se refuse à tout examen. Quant à la mère c'est de très mauvaise grâce qu'elle se laisse examiner. Elle se révèle atteinte de *tuberculose ouverte du sommet droit*.

Il est impossible d'obtenir dans cet intérieur les moindres mesures prophylactiques et le fait est d'autant plus à

signaler que c'est peut-être la seule fois où on se soit heurté à un tel mauvais vouloir de la part des parents qui nient contre toute évidence être malades. D'ailleurs la sanction de ce manque d'hygiène ne se fait pas attendre. En 1925 une fille meurt de méningite tuberculeuse et en mars 1926 la mère qui se déclare très bien portante conduit, à la demande de son médecin, deux autres de ses enfants au dispensaire, un garçon qui présente des lésions d'adénopathie trachéo-bronchiques très évolutives à droite, et une fille de 19 ans, avec lésions pulmonaires gauches.

OBSERVATION VI

L... Célestine, âgée de 12 ans, vient au dispensaire le 7 mars 1925 envoyée par son médecin, avec lésions de tuberculose pulmonaire fébrile évolutive avec bacilles nombreux dans les crachats. Les renseignements donnés sur les parents de la malade sont :

Un père bien portant ;

Mère décédée à 37 ans de congestion pulmonaire ;

Un frère de 14 ans bien portant ;

Une sœur de 16 ans en bonne santé.

On recherche l'origine de cette tuberculose pulmonaire en commençant par le père qui, questionné, accuse *des hémoptysies* pendant sa captivité en 1916. Examiné on lui trouve des lésions pulmonaires bilatérales avec bacilles nombreux dans les crachats. Des mesures prophylactiques sont prises pour les deux autres enfants qui jusqu'à ce jour semblent indemnes.

Voici donc 2 cas où le médecin du dispensaire a dû faire effort pour ne pas se limiter à soigner seulement le tuberculeux qui se présentait, mais lutter contre le mauvais vouloir des uns et l'ignorance des autres pour faire accepter les mesures de prophylaxie antituberculeuse élémentaires.

A ces deux observations on nous permettra d'en ajouter une autre pour montrer le rôle important de l'infirmière visiteuse dans cette recherche des porteurs de bacilles qui échappent à l'examen médical.

OBSERVATION VII

T... Mauricette, âgée de 21 mois, vient le 21 mars à la consultation pour bronchite avec fièvre. A la radioscopie, signes d'adénopathie trachéo-bronchique bilatérale. Cuti-réaction à la tuberculine positive. Sa mère qui l'accompagne, se plaignant d'être très fatiguée depuis quelque temps et de tousser est examinée également. On lui trouve un fort amaigrissement (39 kgr. 400 au lieu de 52). Rien à l'examen du poumon mais on trouve dans ses antécédents un enfant mort-né à 8 mois, un second né aussi à 8 mois et mort trois mois plus tard. Quant à la petite malade ses dents présentent des signes très nets d'hérédo-syphilis. Réaction de Wassermann dans le sang positive chez la mère.

L'infirmière visiteuse dans son enquête à domicile constate que ces deux personnes vivent au contact du grand-père qui tousse et crache abondamment depuis longtemps. Il refuse de venir se faire examiner au dispensaire mais consent à remettre des crachats pour analyse. On y trouve des bacilles

en grand nombre. On peut donc alors instituer des mesures de prophylaxie anti-tuberculeuse connaissant la cause de contagion dans la famille.

Rôle de consultant médical du dispensaire

Ce serait un tort de considérer le dispensaire d'Angers comme une organisation à part ayant sa vie à côté et sans aucun rapport avec le monde extérieur. Tel n'est pas son rôle et souvent conjuguant son action avec celle du médecin traitant, il agit comme un véritable médecin consultant. Il précisera s'il en est besoin telle ou telle lésion, pourra montrer l'étendue de la maladie. Dans l'observation suivante c'est un malade envoyé par son médecin qui désire être fixé au juste sur la nature des lésions présentées par son client.

OBSERVATION VIII

C... Georges, 28 ans, tailleur de profession vient au dispensaire le 9 février 1922. Il est malade depuis longtemps, a toujours toussé et craché avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Il a été soigné par divers médecins pour des manifestations pulmonaires chroniques (bronchite, emphysème) et à sa première visite le *dernier médecin traitant* lui a conseillé de venir au dispensaire *pour être fixé sur son état*. Comme antécédents un père mort de tuberculose il y a longtemps, une sœur tuberculeuse à l'heure actuelle ayant présenté des hémoptysies en 1921. L'examen clinique fait

porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire évolutive bilatérale. Confirmation par la radioscopie et l'examen bactériologique qui montre de nombreux bacilles dans les crachats. Le malade vu jusqu'en ces temps derniers au dispensaire a suivi avec régularité les directives ordinaires de la cure de la tuberculose et peut être considéré en bonne voie de guérison. Il prend toutes les mesures prophylactiques conseillées.

Naturellement le diagnostic posé a été envoyé directement au médecin, et fait qui est intéressant à noter, on l'a révélé au malade sur sa demande. Il ne s'en est nullement montré affecté et même content explicitement de savoir enfin ce qu'il avait, de penser qu'on pourrait alors lui appliquer une thérapeutique spécifique plutôt que de se voir appliquer à chaque poussée évolutive un diagnostic de bronchite ou d'emphysème. De plus, il prend maintenant des mesures de prophylaxie et n'est plus un danger comme auparavant pour son entourage.

Souvent même le rôle du médecin de dispensaire ne s'arrête pas à ce point et tout comme un consultant ordinaire, il est appelé à donner au médecin traitant un avis sur le traitement à suivre dans la forme de tuberculose constatée.

OBSERVATION IX

L... Georgette âgée de 19 ans se présente au dispensaire le 28 février 1925 adressée par son médecin. Dans ses antécédents héréditaires on ne relève ni tuberculose fami-

liale ni aucun contact connu. La maladie actuelle a commencée par de la bronchite du côté droit. Le médecin traitant qui a d'ailleurs posé le diagnostic, l'adresse pour que soit précisée l'étendue des lésions leur forme et *recevoir des suggestions thérapeutiques*. La malade est examinée par tous les procédés connus. Elle se révèle atteinte d'une lobite supérieure droite évolutive. Ses bacilles se montrent nombreux dans les crachats. L'état général est assez touché. On remarque en plus une laryngite qui semble nettement d'origine tuberculeuse. Une anti-réaction pronostic est très faiblement positive. La malade mise en observation est revue cliniquement et à l'écran le 17 mars et le 31 mars. Comme elle maigrit toujours *on conseille de pratiquer* sans plus tarder un pneumothorax artificiel. Celui-ci est mis en œuvre le 6 avril. Le résultat obtenu est excellent : arrêt de la laryngite, reprise de poids. La recherche du bacille de Koch devient négative en mai 1925 et de mai 1925 à février 1926 six analyses pratiquées ont donné des résultats négatifs.

L'observation suivante est celle d'un homme qui est venu de lui-même au dispensaire et qui grâce à celui-ci a pu recevoir les soins que nécessitait son état.

OBSERVATION X

C... Louis s'est présenté le 28 juillet 1923 au dispensaire. Dans ses antécédents un père mort en 1903 à la suite d'un refroidissement, un frère de 18 ans soigné pour une lésion pulmonaire avec lequel il est en contact journalier. Le début de sa maladie actuelle paraît remonter à fin avril 1923, en

mai il fait une hémoptysie et vient d'en avoir quatre récentes en juillet. Il a toujours continué de maigrir et a dû cesser son travail. Inquiet par ces symptômes, il vient consulter s'étant toujours soigné assez régulièrement car jamais son diagnostic ne paraît avoir été précisé. A l'examen, on trouve un malade pâle fatigué, amaigri, fébrile. Lésions pulmonaires occupant les deux tiers du poumon gauche le coté droit semblant normal. La radioscopie et l'examen bactériologique confirment le diagnostic de tuberculose pulmonaire évolutive ouverte. Revu le 11 août 1923 et le 30 août 1923 pour complément d'examen. A ce moment après cette mise en observation d'un mois il est dirigé sur l'Hôtel-Dieu d'Angers. *Après entente avec le chef de service* un pneumothorax artificiel est décidé. Ce pneumothorax pratiqué a donné un résultat excellent jusqu'à l'heure actuelle, le malade est toujours suivi et a eu un enfant dont il s'est séparé quoiqu'il ne soit plus contagieux.

Depistage de fausses tuberculoses

Ceci est, si l'on veut, la contrepartie du dépistage précoce de la tuberculose. Combien de personnes en effet sur de vagues signes des sommets ont été étiquetées tuberculeuses alors que le diagnostic n'avait pas été confirmé par l'examen radiologique ou bactériologique. Ainsi Rist, dans ses conclusions sur le « Dépistage et contrôle de la tuberculose parmi le personnel infirmier des hôpitaux de Paris » trouve que des malades envoyés pour tuberculoses ouvertes fournissent un pourcentage de 86 pour 100 qui sont

réellement tuberculeux tandis que chez ceux pour qui toutes les précautions de diagnostic n'ont pas été prises présentent seulement un pourcentage de 33 pour 100. On voit d'ici l'énorme différence qui existe, aussi s'est-on efforcé à Angers d'éviter ces erreurs en multipliant les visites et les examens.

OBSERVATION XI

Lucien âgé de 4 ans vient le 26 mai 1923 à la consultation. Dans ses antécédents familiaux on ne trouve ni tuberculose ni contact avec un tuberculeux. Par contre son propre passé pathologique est assez chargé : broncho-pneumonie à 6 mois et une autre à 16 mois, coqueluche à 11 mois et une rougeole avec bronchite à 2 ans. Tousse et crache. Il est envoyé par son médecin qui craint une tuberculose pulmonaire. A l'examen on trouve un enfant pâle, malingre à thorax rachitique. Il est subfébrile et à des sueurs abondantes la nuit depuis avril dernier. A la base gauche souffle à timbre cavitaire placé le long de la colonne vertébrale avec gargouillement à la toux. Râles de bronchite, disséminés dans les deux poumons. Pas de bacille de Koch dans les expectorations.

26 mai, 7 juin 1923 et 7 mai 1924. — Cuti-réactions négatives. A la radioscopie rien au niveau de ce souffle, très gros hile droit à contours flous. Wassermann négatif. Le développement de l'enfant s'accomplissant à peu près normalement le diagnostic de dilatation bronchique est posé.

Voici donc un enfant qui, sans les nombreux examens pratiqués, aurait certainement été considéré

comme tuberculeux. L'examen clinique portait d'ailleurs à le faire croire ; enfant qui dépérit qui crache à 4 ans (ce que l'on voit rarement à cet âge sauf en cas de bacillose) avec en plus des signes de caverne pulmonaire. L'emploi de cuti-réactions nombreuses et surtout toutes négatives prenait ici une grande importance coïncidant avec l'absence de bacille de Koch dans les crachats. Tout cet ensemble et le développement normal de l'enfant ont donc permis de porter le diagnostic de fausse tuberculose.

Est-il besoin de dire d'ailleurs l'importance que ce diagnostic reformé peut avoir sur l'individu en permettant souvent des opérations qui sans cela n'auraient pas eu lieu.

OBSERVATION XII

S... André est amené au dispensaire le 20 mars 1923. C'est un enfant de 16 mois qui ne présente aucun antécédent familial de tuberculose ou même de contact. A six mois seulement il a eu la rougeole compliquée de broncho-pneumonie, il tousse beaucoup depuis ce temps, et présente une perte de poids importante. Diagnostiqué comme atteint de tuberculose pulmonaire. A l'auscultation on entend à gauche un souffle expiratoire s'entendant en avant mais plus fortement encore en arrière accompagné d'une pluie de gros râles humides qui augmentent à la toux. L'impression générale et l'examen clinique sont bien en faveur de la tuberculose mais la radioscopie n'en donne aucun signe et la cuti-réaction est négative. Peu à peu les phénomènes d'auscultation rétrocé-

dent et l'enfant est envoyé à l'hôpital où il est opéré d'un prolapsus rectal en avril 1924.

Dans ce cas, l'élimination du diagnostic de tuberculose a donc permis une opération qui, sans cela n'aurait pas été pratiquée et cet enfant voué à une infirmité aussi gênante que désagréable.

Souvent ainsi tous les signes concourent à donner l'impression d'une bacillose sans qu'il soit possible d'ailleurs de poser un diagnostic précis.

OBSERVATION XIII

R... Brigitte, 15 ans vient le 12 octobre 1922 au dispensaire adressée par son médecin pour tuberculose pulmonaire. Elle a présenté une pleurésie en 1914 et ensuite une coqueluche à la suite de laquelle elle n'a jamais cessé de tousser. Elle crache assez abondamment est pâle avec un état général mauvais, 6 kilos au-dessous du poids normal ; thorax très déformé par une scoliose assez considérable.

A l'examen clinique submatité sus et sous épineuse, sus et sous claviculaire, respiration diminuée uniformément et l'on entend en avant et en arrière un foyer large de râles bulleux renforcés par la toux. A l'examen radiologique aucune anomalie pulmonaire indiquant des lésions de tuberculose pulmonaire ou parenchymateuse. De très nombreux examens de crachats donnent un résultat négatif.

Si donc, au dispensaire l'on s'en était tenu au seul examen clinique, la tuberculose aurait été certaine-

ment affirmée mais les examens radiologiques et bactériologiques étant négatifs le diagnostic de tuberculose a pu être éliminé car la fillette ayant été suivie pendant un certain temps, on a vu les signes d'auscultation diminuer parallèlement à une reprise de poids. A signaler aussi que malgré une réaction de Wasserman négative dans le sang le traitement antisypilitique a paru nettement l'améliorer.

A côté de ces malades venus pour une lésion pulmonaire vraisemblable, il faut en ranger toute une autre catégorie venus pour une lésion osseuse semblant au premier abord de nature bacillaire et qui s'est révélées toute autre à la suite d'examens approfondis.

OBSERVATION XIV

P... Gaston âgé de 23 ans, vient à la consultation du dispensaire le 21 juin 1923 pour mal de Pott dorsal afin d'être dirigé sur un sanatorium. Ce malade a été pourvu de corsets plâtrés successifs depuis 1919. Il peut être difficilement examiné mais l'ensemble des examens cliniques et radiographiques fait émettre des doutes sur la nature tuberculeuse. Une réaction de Wassermann dans le sang est pratiquée après réactivation. Elle se montre positive. Malgré cela, le malade est dirigé sur le sanatorium marin de Kerpape où il est aussitôt mis au traitement antisypilitique. Il suit en même temps le service de rééducation et après un séjour de six mois ressort en excellent état.

OBSERVATION XV

B... Louise âgée de 39 ans vient le 27 mai 1925 à la consultation. Elle a été plâtrée depuis 1922 à fin octobre 1923 et présenterait en même temps des lésions du poumon droit pour lesquelles elle est traitée actuellement. Les examens cliniques et radiologiques montrent l'intégrité de l'appareil pulmonaire. On ne trouve pas non plus de signes de mal de Pott. Mais elle a trois grossesses terminées par un accouchement à huit mois. Les deux premiers enfants sont morts aussitôt après leur naissance, le troisième est vivant et bien portant. Une réaction de Wassermann pratiquée dans le sang se montre positive.

L'on voit donc que la tuberculose n'est pas seule maladie rencontrée au dispensaire. Quelquefois même en venant consulter pour des phénomènes autres que de nature bacillaire le malade se voit révéler une affection au moins aussi grave comme le tabès dans l'observation suivante.

OBSERVATION XVI

G... Michel 47 ans, vient au dispensaire parce qu'il tousse et crache beaucoup. Il se sent fatigué et a maigri de trois kilogrammes en un mois et demi. Dans ses antécédents, on trouve un frère mort tuberculeux pendant la guerre mais pas de contact avec ce frère. A l'examen, l'appareil respiratoire est normal, les examens radiologiques et bactériolo-

giques donnent des résultats négatifs. On lui trouve en plus de l'aortite, des réflexes abolis. Il accuse des troubles des sphincters et de l'impuissance génitale, les réflexes oculaires sont normaux. On le prévient de son état et on l'engage à se faire soigner.

Comme souvent ce sont les affections des voies aériennes supérieures qui causent le maximum d'erreurs, les malades pour lesquels on conserve le moindre doute à ce sujet sont envoyés à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour faire examiner leur nasopharynx.

On le voit le souci au dispensaire d'Angers n'est pas seulement de dire si le malade est tuberculeux ou non mais encore de préciser le diagnostic se souvenant de cette phrase de Rist : « On est trop enclin à poser le problème sous cette forme : le malade est-il oui ou non tuberculeux au lieu de le poser de la seule façon qui permette de le résoudre et qui s'énonce ainsi : le sujet est-il malade et s'il l'est de quelle maladie est-il atteint ? Dire d'un malade soumis à un examen qu'il n'est pas tuberculeux ce n'est qu'une demi réponse insuffisante et inopérante. Elle ne peut satisfaire le malade qui se sait ou qui se croit souffrant, pour lequel ce diagnostic reste toujours sujet à révision et qui sera naturellement enclin à accuser le médecin d'incompétence de légèreté ou de mauvais vouloir. » (1)

1. Rist, *Revue de phthisiologie médico-sociale*, mars, avril 1925.

Recherche systématique de la syphilis

Nous venons de voir dans les observations précédentes que dans bien des cas où le diagnostic était hésitant on avait trouvé une réaction de Wasserman positive. En effet une des rubriques qui paraît être des plus importante dans le domaine de la tuberculose est celle de la syphilis. Que l'on ait à faire à un adulte ou à un enfant qu'il s'agisse de manifestations pulmonaires chroniques et surtout de manifestations d'adénopathie trachéo-bronchiques la syphilis revendique la plus grande part des erreurs commises. C'est pourquoi il est intéressant d'envisager la recherche de la syphilis et de l'hérédo-syphilis dans le dispensaire. Nous savons bien qu'il ne faut pas tomber dans l'exagération contraire qui, il y a quelques années surtout, faisait voir dans chaque malade ou presque, un syphilitique. Mais tout de même on ne peut pas ne pas être frappé du nombre considérable que l'on en trouve chaque jour. Aussi à Angers chaque malade est soumis systématiquement à cette recherche d'abord par l'interrogatoire et l'examen clinique et ensuite s'il y a lieu par la réaction de Wasserman dans le sang.

Les observations suivantes montrent bien la ténacité employée dans cette recherche.

OBSERVATIONS XVII, XVIII, XIX et XX

C... Maria âgée de 37 ans, vient au dispensaire le 24 novembre 1921 accompagnée de son fils âgé de 10 mois. Elle a

toussé pendant toute sa grossesse avec quelques hémoptysies. De plus elle a maigri passablement, s'essouffle vite et craint d'être tuberculeuse. Elle aurait perdu un enfant mort de méningite tuberculeuse (?) à l'âge de trois ans. Elle a eu cinq grossesses normales et une fausse couche de trois mois, pèse 13 kilos en dessous du poids normal, est très fatiguée mais il est impossible à l'examen clinique ou radiologique de trouver l'existence d'une lésion pulmonaire.

Son enfant est examiné en même temps. Il porte les cicatrices d'adénites cervicales qui ont suppuré. Il est toujours malade depuis sa naissance. Pas de stigmates d'hérédosyphilis. A l'auscultation râles de bronchite disséminés des deux côtés avec signes d'adénopathie trachéo-bronchique confirmées par la radioscopie. La cuti-réaction à la tuberculine reste négative. L'enfant et sa mère continuent à être suivis régulièrement.

Ne trouvant rien de tuberculeux du côté de la mère ou du côté de l'enfant, le Wassermann étant négatif dans le sang on décide d'examiner toute la famille. Le père présente un état général médiocre sans aucun symptôme anormal mais la réaction de Wasserman dans le sang pratiquée à deux reprises est positive. Le frère Léon âgé de sept ans plutôt malingre présente des signes légers d'adénopathie trachéo-bronchique avec une cuti-réaction légère et un Wassermann positif. Des deux autres enfants, l'un Lucien âgé de trois ans, a un état général médiocre avec une cuti-réaction négative mais sans signes d'hérédospecificité, le second René sans stigmates de syphilis à un Wassermann négatif.

Voici donc une famille ou, à n'examiner que les

deux premiers qui se sont présentés à la consultation, il était tout à fait impossible de conclure à la syphilis et malgré les examens pratiqués tout portait à penser à la tuberculose. Il a fallu faire une recherche familiale à laquelle d'ailleurs toute la famille s'est très bien prêtée. Nous avons donc affaire à une famille de spécifiques mais comme le père simple ouvrier ne peut supporter les frais d'un traitement pour tous ses enfants, ceux-ci sont dirigés sur le dispensaire anti-syphilitique d'Angers où ils sont traités régulièrement. Les résultats sont remarquables. Seule la mère intolérante pour toute espèce de traitement, a depuis lors présenté deux fausses couches.

Quelquefois le cas est plus complexe car il y a alors association de tuberculose et de syphilis. On fait le diagnostic de la première maladie et on risque de laisser passer la syphilis. A Angers toutes les fois qu'il y a un léger indice de spécificité la réaction de Wassermann est pratiquée principalement dans les formes fibreuses à hémoptysies fréquentes. Nous savons la valeur de la réaction de Wassermann, la certitude qu'elle entraîne si elle est positive et au contraire si elle est négative le doute où elle laisse l'esprit. Dans ce dernier cas on est obligé de s'en remettre à la sagacité du médecin mais c'est encore un des moyens de diagnostic le plus commode que nous ayons à notre portée et il n'est pas à négliger surtout dans ces formes associés de tuberculose et de syphilis.

OBSERVATION XXI

L... Jean, âgé de 53 ans, vient le 29 décembre 1921 au dispensaire, il a été réformé à 100 0/0 pour tuberculose pulmonaire. Aspect plutôt floride, expectoration assez abondante. Pas de localisation précise aux examens clinique et radiologique. Cet homme est malade depuis 1916 et a fait de nombreux hôpitaux. En présence de cette forme fibreuse qui pourtant n'a jamais donné naissance à des hémoptysies, on pratique la réaction de Wassermann qui se trouve fortement positive.

OBSERVATION XXII

L... Suzanne, âgée de 8 ans, vient au dispensaire pour la première fois le 31 mars 1921. Tousse et crache (symptôme important à cet âge). Dans ses antécédents, un père mort de pneumonie (?) en 1914 avec qui elle a été en contact. Pour sa part, coqueluche en 1913, rougeole en 1920. Pèse le poids normal. A l'inspection quelques signes légers de rachitisme et à l'auscultation des signes d'adénopathie trachéo-bronchique importants du côté gauche sans bruits surajoutés. Cuti-réaction positive, mais tous les examens de crachats restent négatifs. L'enfant ne revient qu'en 1922. Elle n'a pas pris de poids et les signes d'auscultation à gauche sont aggravés. Il y a maintenant de la submatité de l'hémithorax gauche avec bruits humides fins à la toux. Respiration soufflante aux deux temps. A la radiographie, opacité complète des trois quarts de l'hémithorax gauche avec immobilisation du diaphragme. Bacilles nombreux dans les crachats. En pré-

sence de cette forme avec symphyse si importante, la réaction de Wassermann dans le sang est pratiquée, elle se montre fortement positive.

Voici donc encore 2 cas où il y a coexistence de tuberculose et de syphilis. Cette fréquence autoriserait la recherche systématique de la syphilis surtout comme je le disais plus haut dans les formes florides avec hémoptysies fréquentes. Il est bien connu en effet que dans ce cas on a bien des chances de trouver la réaction de Wassermann positive. Le malade lui-même a les plus grands intérêts à cette recherche. Combien de cas considérés comme tuberculose surtout dans les affections osseuses (voir observations XIV et XV) sont dirigés sur des sanatoriums marins d'où dépense considérable et immobilisation du capital social représenté par le malade alors qu'un traitement spécifique bien conduit peut abréger la cure. Jamais d'ailleurs à Angers, et nous croyons devoir insister sur ce point, un semblable malade ne part pour un sanatorium sans que la réaction de Wassermann ait été pratiquée.

On voit donc ainsi facilement l'importance des rapports qui existent entre le dispensaire antituberculeux et le dispensaire antisiphilitique. La classe de clients qui fréquente le dispensaire est la classe de gens humbles ou pauvres qui n'ont pas les moyens de faire les frais de trois ou quatre séries de piqûres pour eux-mêmes et à plus forte raison

lorsque le traitement doit être appliqué à toute leur famille. On se trouve donc placé devant ce dilemme : ou les faire soigner gratuitement ou alors les laisser absolument sans soins. Il nous semble que le problème ainsi posé ne comporte pas deux solutions, les malades y trouveront leur bénéfice ainsi que la société dont le capital social augmentera considérablement de valeur.

Nous voyons donc l'importance que présente pour la société une liaison très intime entre le centre antituberculeux et le centre antivénérien. Signalons en passant que le type en est réalisé à Trélazé où ces deux ordres de consultations sont pratiqués dans les mêmes locaux, par le même médecin, à des jours différents, ce qui permet de réaliser le maximum de discrétion, chose très appréciable dans une petite agglomération où tout le monde se connaît plus ou moins. Poussant même la discrétion jusqu'au bout, le diagnostic de spécificité révélé par les différents examens n'est autant que possible pas livré au malade lui-même.

Il est bien évident qu'à Angers, étant donné l'importance des consultations, la réunion en un seul de ces deux dispensaires n'est pas possible, mais la liaison est très intime avec les deux médecins du centre antivénérien. Tous les malades adressés d'un centre à l'autre sont accompagnés d'une notice explicative indiquant les différents ordres de recherches que l'on a fait sur leur cas. Naturellement, et cela va sans dire il faut distinguer le cas de malades

envoyés par leur médecin. Le dispensaire jouant ici le rôle de médecin consultant n'ira pas de sa propre autorité envoyer le malade au centre antivénérien, mais il adresse tous les résultats obtenus au médecin traitant qui est le juge pour décider comment et de quelle façon son client devra être traité. Il en est de même pour les malades qui semblent présenter des ressources suffisantes et que l'on persuade d'aller voir leur médecin habituel.

Prise en charge du malade

Le rôle médical du dispensaire ne réside pas seulement dans cette pose du diagnostic. La tuberculose est une maladie qui exige de longs mois de traitements : le malade a donc besoin d'être suivi et pour lui et pour les autres. Il continuera donc à se présenter aux visites aux intervalles qui lui seront fixés par le médecin du dispensaire. C'est ici que la collaboration entre médecins peut-être féconde. On connaît en effet la mentalité toute spéciale du tuberculeux. Son état exigeant de longs mois d'inaction, il est naturellement porté à s'observer de très près, il attache beaucoup d'importance à tel ou tel petit symptôme qui en aura beaucoup moins pour le médecin. Ses progrès sont tellement lents qu'il finit par faire supporter à son médecin habituel la responsabilité de sa maladie. Le rôle du médecin de dispensaire est donc de réconforter le malade, de l'exhorter à la patience et dans un certain nombre de

cas il pourra faire accepter au tuberculeux une thérapeutique efficace en appuyant de son autorité le médecin traitant. Comme nous l'avons déjà dit le rôle médical du dispensaire n'est pas de substituer au médecin traitant mais de jouer véritablement près de lui le rôle de *consultant* et de l'action des deux réunis naîtra une bonne prophylaxie dans la grande lutte engagée contre la tuberculose, lutte d'importance primordiale si l'on considère le nombre de personnes décédées chaque année de cette maladie.

Examen des « contacts »

Notre étude du rôle médical du dispensaire ne serait pas complète si nous négligions à côté des malades proprement dits, toute une catégorie de clients et non la moindre, de gens sains ou présumés sains. Nous voulons parler des « contacts », nom donné aux personnes ayant été en contact avec un tuberculeux.

OBSERVATIONS XXIII et XXIV

C... Madeleine âgée de 13 ans est adressée par une malade du dispensaire comme « contact » avec son frère tuberculeux pulmonaire alité et dans un état de cachexie assez avancée. Cette malade fatiguée, tousse un peu et crache. L'année précédente elle aurait fait un peu de pleurésie. A l'examen clinique, on trouve des lésions de tuberculose pulmonaire évolutive de la moitié supérieure des

deux poumons. Cuti-réaction pronostic faiblement positive. L'infirmière visiteuse fait venir à titre de contact le frère Etienne âgé de 20 ans, qui ne présente qu'un état général médiocre sans aucun signe clinique radiologique ou bactériologique. Le jeune homme revient le 25 novembre 1924, soit sept mois après ; il est alors détenteur de lésions de tuberculose évolutive unilatérale. On le dirige sur l'Hotel-Dieu d'Angers où on lui pratique un pneumothorax artificiel. Il meurt en août 1925.

D... Angèle, 18 ans vient le 9 octobre 1923 porteuse d'une bacillose pulmonaire évolutive avec bacilles dans les crachats. Malheureusement on ne peut pas obtenir la venue des enfants avec lesquels vit la malade, aussi le 7 avril 1925 le dispensaire voit arriver un de ses frères Adolphe âgé 17 ans qui se présente fébrile fatigué avec de légers signes d'auscultation et de nombreux bacilles dans les crachats. En l'interrogeant, on découvre qu'en juin 1924 il a fait une hémoptysie qu'il a commencé à maigrir en novembre 1924 et que depuis mars 1925 il a la fièvre mais n'a cessé son travail que depuis trois semaines.

On voit par ces observations l'intérêt qu'il y a à faire venir les « contacts » à la consultation ; quelques-uns sous l'aspect d'une bonne santé présentent déjà une atteinte assez profonde. Mais pour être efficace, cette surveillance des contacts ne doit pas durer un temps trop court. On a trop tendance en effet, à ne s'appuyer dans le cas présent, que sur un seul examen. Pour le moment c'est entendu, le malade n'est pas tuberculeux, mais qui nous dit qu'il ne le devien-

dra pas plus tard. Aussi à Angers cette mise en observation des contacts dure quelque fois plusieurs années et ce n'est assez souvent qu'après *deux ou trois ans* qu'on pourra assister aux premières manifestations de la tuberculose. L'on verra d'ailleurs dans les observations suivantes, le temps mis par la tuberculose à se déclarer dans une famille.

OBSERVATIONS XXV, XXVI et XXVII

B... Raymonde âgé de 5 ans se présente à la consultation 20 décembre 1921 comme « contact ». Dans ses antécédents on découvre une sœur morte de tuberculose pulmonaire fin novembre 1921, et une autre morte de méningite à 3 ans. Il a été deux ans en contact avec sa sœur malade. Enfant assez grand, en bon état général avec signes d'adénopathies trachéo-bronchiques du côté droit. Cuti-réaction positive. Surveillé régulièrement jusqu'en 1925 sans tuberculose évolutive.

B... Achille âgé de 7 ans, frère du précédent vient, lui aussi, à titre de contact. Il présente simplement une cuti-réaction faiblement positive et de chaînes ganglionnaires cervicales bilatérales pour lesquelles il a été hospitalisé deux ans au sanatorium marin de Penbrou. Il a été revu ultérieurement plusieurs fois.

Le 17 juin 1924, image thoracique normale à l'écran.

Le 18 juin 1925 il revient pour angine. Il est *fiévreux* tousse et a beaucoup *maigri*. On trouve des signes cliniques et radiologiques de condensation du sommet droit. A l'examen bactériologique nombreux bacilles de Kock dans les

crachats. Il fait une tuberculose très rapidement évolutive et meurt en décembre 1925.

B... Marcel frère des précédents âgé 14 ans. Amené par sa mère seulement en octobre 1925 présente un état général remarquable, pesant 10 kilos au dessus du poids normal. A l'examen radiologique seulement accentuation des deux hiles. Revu en novembre 1925, il ne présente rien mais le 5 janvier 1926 le tableau est tout autre. C'est un enfant qui tousse fait de la température jusqu'à 39 degrés ne mange pas et présente des signes de condensation au début avec très mauvais état général.

Voici donc trois enfants (et la surveillance des « contacts » porte plus particulièrement sur les enfants) chez qui le contact avec une sœur tuberculeuse datait de quatre ans auparavant. Ceci montre mieux que tout ce que l'on pourrait dire, l'intérêt que l'on a à suivre les « contacts » pendant longtemps et à leur indiquer les conseils de prophylaxie qu'ils doivent prendre pour eux et pour les autres.

Sans vouloir discuter ici la question ardue de la tuberculose conjugale qui semble beaucoup moins fréquente qu'on ne le croyait autrefois (1) celle-ci n'est point ignorée au dispensaire d'Angers et les conjoints époux tuberculeux sont surveillés de près.

1. Léon Bernard, *Tuberculose pulmonaire*.

OBSERVATION XXVIII

R... Louis, 28 ans, venu au dispensaire le 6 janvier 1923 pour bacillose pulmonaire bilatérale, malade assez cachectique. En mars 1923 l'infirmière visiteuse détermine la femme du malade à venir au dispensaire antituberculeux. Cette femme, d'emblée, est diagnostiquée tuberculose pulmonaire évolutive et meurt le 20 septembre 1923 juste cinq mois après son mari.

OBSERVATION XXIX

M... Joseph, âgé de 25 ans, envoyé par son médecin, porteur d'une lésion tuberculeuse très avancée. Il est soigné par sa femme que l'on détermine à se faire examiner le même jour. Elle a simplement maigri, ne tousse ni ne crache et présente simplement quelques petits râles secs au sommet droit. On la surveille régulièrement. En janvier 1925 à la suite de la mort de son mari elle présente les premières manifestations d'une tuberculose évolutive du sommet droit avec bacilles dans les crachats.

Les contacts sont donc comme on le voit surveillés d'une manière toute spéciale. Cette surveillance à Angers porte spécialement sur les enfants qui sont comme on le sait les plus sensibles à l'atteinte de la tuberculose. Cette surveillance régulière permet de dépister souvent d'une manière très précoce les premiers signes de tuberculose et, comme nous le

disions plus haut, permet d'autant plus l'action thérapeutique spécifique. De plus, au point de vue social, la prophylaxie ainsi entreprise est beaucoup plus efficace et beaucoup moins onéreuse

ROLE SOCIAL DU DISPENSAIRE

C'est l'aboutissant de tout le travail médical. Pour que le dispensaire soit vraiment un organe utile il ne faut pas que son action se borne à de simples examens de cabinet ; il faut encore que les conseils de prophylaxie donnés soient appliqués et qu'il y ait une certaine surveillance des malades. Ce travail est confié à Angers à trois infirmières visiteuses diplômées qui sont assistées de quelques infirmières bénévoles. Elles sont placées sous la direction d'une visiteuse inspectrice à qui appartient en même temps un contrôle du service social dans d'autres départements. Pour ce travail, la ville d'Angers a été répartie en secteurs confiés chacun à une infirmière visiteuse. La quantité de malades et de foyers visités nous montre le dévouement et le zèle infatigable de ces infirmières mais pour une population aussi nombreuse que celle d'Angers leur nombre est trop faible.

Le travail social suit les directives préconisées par le Comité national de lutte contre la tuberculose. Nous n'avons pas l'intention de détailler ici le travail à domicile de l'infirmière visiteuse. Son rôle n'est pas de se substituer au médecin traitant, mais

de le secondar en faisant appliquer les cures ordonnées et en en surveillant l'exécution régulière et méthodique. D'une manière toute spéciale, elle essaie d'obtenir la venue régulière aux consultations de ces « contacts » dont nous avons parlé précédemment. C'est, nous l'avons vu, la meilleure prophylaxie que celle qui s'attache à ces malades si l'on peut leur donner ce nom. Faire se soigner quelqu'un qui se sent fatigué, fiévreux, ce n'est rien, mais pousser à une consultation une personne qui se sent en bonne santé, travaille régulièrement, n'est pas toujours chose facile. Il faut énormément de persévérance et un certain doigté pour leur faire comprendre qu'ils ont pu être contagionnés par un père, une sœur ou un frère qui est mort peu de temps auparavant, et leur montrer surtout leur intérêt dans ce cas à se soigner dès le début, intérêt personnel, et intérêt financier. Mais le travail de l'infirmière visiteuse à domicile ne s'arrête pas là, dans certains cas, elle trouve dans cette visite les éléments d'un dépistage indirect : un enfant par exemple s'est présenté au dispensaire, on lui a trouvé des signes de tuberculose, l'infirmière, au cours de sa visite, va rechercher sur place les conditions qui ont pu présider à la contamination de cet enfant, c'est ainsi qu'elle pourra bien souvent obtenir la venue au dispensaire d'un aïeul, vieux tousseur chronique, qui se révélera tuberculeux contagieux, ou celle d'une voisine à laquelle les enfants sont confiés pendant le travail des parents. On voit ici

l'importance de cette recherche au point de vue de la prophylaxie, car sans elle on ferait prendre aux malades un luxe de précautions tout à fait inutiles, en négligeant la cause première et la plus importante de l'infection tuberculeuse.

Tous les médecins savent quelle force inébranlable offrent la routine et la superstition ou certaines recettes empiriques, et il faut remarquer que bien souvent la tenacité des infirmières visiteuses arrive à ébranler la foi des malades à ces remèdes empiriques et à les amener à écouter les conseils du médecin.

L'exemple suivant en est une preuve.

OBSERVATION XXX

T... Paulette âgée de vingt mois fut amenée au dispensaire le 27 décembre 1924. Elle a présenté un contact de quelques mois avec une grand'mère qui vient de mourir de tuberculose pulmonaire. L'enfant se présente avec tous les signes d'un mal de Pott cervical qui vient de s'effondrer, la tête est renversée en arrière en hyperextension et immobilisée dans cette attitude; les membres inférieurs sont contractés, la marche impossible depuis huit jours. L'examen radiologique confirme l'ébranlement vertébral. Devant la gravité de la situation, l'exigence d'une thérapeutique est signalée à la famille, le tableau est même aggravé pour arriver à vaincre une inertie inexplicable de la part des parents. On leur remet une lettre à porter d'urgence au médecin traitant qui, pas plus que le dispensaire, ne revoit la malade. A sa visite

suivante dans la famille, l'infirmière trouve l'enfant couchée dans son berceau et emmaillotée dans une espèce de lacs de bandes de toile qui paraissent beaucoup la gêner. C'est l'œuvre d'un rebouteur qui vient tous les jours conjurer la malade et promet une guérison rapide. L'infirmière visiteuse redouble d'efforts et, après plusieurs mois de tentatives infructueuses, elle arrive enfin, en s'appuyant sur l'absence d'amélioration, à obtenir de la mère qu'elle fasse hospitaliser l'enfant. Cette enfant revue le 4 février 1926 présente maintenant un état général excellent. Les parents ont exprimé eux-mêmes leur contentement du résultat obtenu et regrettent de ne pas avoir suivi plus tôt le conseil donné par le médecin. En effet il n'a pas fallu moins de six mois de janvier 1925 à juillet 1925 pour que l'infirmière puisse leur faire reconnaître leur erreur.

Certaines particularités de ce rôle, aux aspects si multiples et si variés, seraient pourtant utiles à connaître. Une des raisons qui leur fait vite gagner la confiance des familles, est qu'elles s'attachent à arranger des situations très complexes parfois. Grâce à l'excellent accueil qui leur est réservé dans les diverses administrations elles peuvent abréger de nombreuses formalités.

OBSERVATION XXXI

Ainsi pour la famille G... qui est venue au dispensaire en mai 1921 se composait du frère tuberculeux pulmonaire contagieux, de la mère et d'une fillette de deux ans atteinte de *genu valgum* double et de rachitisme. L'assistance médi-

cale gratuite et l'assistance aux femmes en couches qui venaient d'être refusées sont accordées après les démarches faites par l'infirmière visiteuse qui obtient que la commission cantonnale revienne sur la première décision prise à la mairie. Cette aide met la famille en confiance et lorsque la fillette fut admise au sanatorium de Ker Pape en novembre 1921 l'infirmière visiteuse put exercer la plus heureuse influence pour obtenir des parents le départ de leur unique enfant pour cette région éloignée et inconnue d'eux.

Différents moyens de prophylaxie employée à Angers. — Il est à remarquer qu'à Angers les moyens de prophylaxie employés sont absolument gratuits et à notre avis c'est le seul moyen de la faire pénétrer dans tous les milieux. Lorsque l'on voit les difficultés que font certaines personnes pour accepter ces différents moyens, alors qu'ils sont gratuits, on se rend compte que les difficultés seraient beaucoup plus grandes si elles devaient en payer une certaine partie.

Une des premières choses, est le don des crachoirs de poche ou de chambres, offerts gratuitement. On sait la virulence extrême des crachats et le nombre de bacilles parfois énorme qu'ils portent avec eux. M. Chaisné (1) dans sa thèse sur la contagion de la tuberculose par crachats desséchés, montre que l'état de siccité n'enlève nullement la virulence aux

1. Chaisné, *Contagion de la tuberculose par crachats desséchés*. Thèse de Paris, 1915 1916.

bacilles et qu'il faut parfois de longs mois pour que celle-ci s'atténue.

La désinfection des logements qui nous semble non moins importante est par contre beaucoup plus difficile à obtenir. Les infirmières visiteuses s'attachent à obtenir cette désinfection aussitôt la mort du malade ou son départ à l'hôpital ou au sanatorium. La difficulté vient du locataire lui-même ou plus souvent du propriétaire qui craint que la vue d'une telle désinfection ne lui fasse tort ensuite pour louer sa maison. Il y aurait grand intérêt pour la société que cette désinfection ait un caractère obligatoire. En effet un grand nombre d'ouvriers clients habituels du dispensaire, logent dans des appartements délabrés où le mobilier vétuste est réduit au strict minimum et qu'on nomme meublés. Or, souvent l'infirmière se heurte au refus absolu du logeur de laisser pratiquer la désinfection, les prétextes varient, les uns invoquent le dérangement causé, les autres l'usure du mobilier, ou comme je le disais plus haut l'impression défavorable produite sur le voisinage et l'appartement est ainsi repassé à d'autres locataires qui viennent souvent l'habiter avec des enfants.

Le blanchiment des logements à l'eau de chaux est le procédé employé le plus couramment. A noter ici que tout le matériel est fourni gratuitement par le dispensaire.

Une initiative qui a, au point de vue prophylactique, la plus heureuse répercussion et qui est, je crois assez particulière à Angers, est le prêt dans les fa-

milles de lits complets. C'est souvent dans les « meublés » dont je parlais plus haut que les habitants doivent s'entasser plusieurs dans la même chambre et souvent coucher dans le même lit. Si l'on peut faire coucher le tuberculeux seul dans un lit prêté, c'est mettre à l'abri de son contact celui ou celle qui devait coucher avec lui faute de place. Des prêts de chaises longues, sont faits également permettant aux malades de se reposer convenablement durant la journée et de guérir ainsi plus rapidement leurs lésions. Il va sans dire que ce mobilier est désinfecté dès son retour au dispensaire et avant d'être prêté à de nouveaux malades.

Protection de l'enfance

Suivant la parole d'un de nos maîtres actuels en phthisiologie : « C'est sur l'enfance qu'il faut porter le principal de nos efforts. » C'est la grande directive du travail social du dispensaire, cette directive est celle appliquée à Angers. Elle donne le meilleur rendement par la récupération d'un capital social non maladif. Elle est de plus la prophylaxie la moins coûteuse. Prenons un enfant non touché par la tuberculose ou étant atteint légèrement, soustrayons-le à son milieu et élevons-le sainement. Cet enfant pourra nous donner un homme indemne de toute tare et aussi fort qu'un autre dans la lutte pour la vie (1).

1. Léon Bernard, *Assemblée générale du Comité national de la défense de la tuberculose*, année 1921.

Certes la splendide découverte de MM. Calmette et Guérin (2) dont les résultats viennent d'être exposés permettent tous les espoirs.

Depuis 1924 systématiquement lorsqu'une naissance est attendue dans une famille tuberculeuse, les instructions sont données pour que dès la venue au monde de l'enfant le vaccin soit demandé à l'Institut Pasteur. La dépêche est même rédigée à l'avance et remise au père de famille qui n'a plus qu'à l'envoyer. Dès l'arrivée du vaccin le dispensaire explique à la famille la manière de le faire prendre au nourrisson. Cependant toutes les mesures d'hygiène sont prises comme le préconise le professeur Calmette dans sa déclaration : « Il doit être, bien entendu, toutefois que cette vaccination ne saurait dispenser des mesures d'hygiène susceptibles d'empêcher ou de raréfier les contaminations massives et que, par conséquent dans tous les cas, les mesures de prophylaxie de l'enfance vont être mises en œuvre. »

Nous pouvons considérer ces mesures de prophylaxie à un double point de vue bien distinct l'un de l'autre mais qui se trouvent exister souvent à la fois chez l'enfant.

1° Placement fait pour soustraire l'enfant à un contact ;

2° Placement d'enfants présentant un mauvais état

1. Calmette, Guérin, Nègre et Bocquet, *Résultats des essais de prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin*. B.C.G. de 1921 à 1926. Séance de l'Académie de Médecine du 23 février 1926.

général et des signes qui font craindre une explosion proche d'accidents bacillaires si l'état général n'est pas amélioré.

a) La première catégorie d'enfants relève de l'œuvre Grancher. Il est inutile de faire ici l'éloge de cette œuvre qui fonctionne depuis plus de vingt ans. Cette œuvre qui a pour but de soustraire les enfants encore sains au contact de leurs parents tuberculeux a déjà sauvé beaucoup de vies, à tel point que la mortalité chez les enfants pris en charge par cette œuvre est tombée à 0,03 p. 100 au lieu de 60 p. 100 (1). De tels chiffres se passent de commentaires.

Une filiale très active de cette œuvre splendide fonctionne à Angers; on lui confie tous les enfants indemnes de tuberculose mais vivants avec des parents contagieux. La grosse difficulté pour le dispensaire est de faire accepter aux parents la séparation complète d'avec leurs enfants et de leur faire comprendre le bien qui ressort de cette séparation pour les parents comme pour l'enfant. D'un côté, repos absolu, charges moins grandes, d'où ressources supplémentaires qui vont permettre au père ou à la mère de se mieux soigner, ayant aussi plus de temps pour le faire; et pour l'enfant on le soustrait à une contamination presque fatale.

L'infirmière visiteuse connaissant bien la famille, saura quels arguments employer pour la persuader

1. Léon Bernard, *Revue de phthisiologie médico-sociale*, janvier 1926.

de cette séparation : s'il faut faire vibrer l'amour maternel ou ressortir les avantages pécuniaires.

Maintenant à l'instigation de MM. Léon Bernard et Robert Debré (1) on s'occupe aussi à Angers du placement des nourrissons et le rôle de dépistage du dispensaire rend dans ce cas d'énormes services permettant de prendre l'enfant dès sa naissance en ayant, au préalable, préparé les parents à cette séparation.

b) Placement familial surveillé.

C'est celui qui s'intéresse à ces enfants malingres des faubourgs ouvriers, qui ont de petits engorgements ganglionnaires cervicaux, signes légers d'adénopathie trachéo-bronchique dont la résistance est en train de faiblir. Ces enfants ne sont pas acceptés par l'œuvre Grancher, et pourtant on ne peut pas les qualifier du nom de malades, les examens rigoureux cliniques bactériologiques et radiologiques pratiqués permettent d'affirmer que l'on a pas à faire à des tuberculeux, mais ce sont des enfants qui sont en état de moindre résistance et sur le point peut-être de contracter la tuberculose. C'est pour ces enfants qu'a été organisé le placement familial surveillé. Les enfants sont mis entre les mains de familles saines de la campagne, là ils restent toujours sous la surveillance du dispensaire et viennent régulièrement aux consultations. Ils sont surveillés aussi

1. Léon Bernard et Robert Debré, *Mode d'infection et de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge* (Académie de Médecine, 5 oct. 1920).

souvent que le réclame leur état, ceci afin d'éviter le reproche, peu fondé d'ailleurs de la possibilité de l'éclosion d'une tuberculose et de la dissémination de la maladie. Il est bien évident que dans ce cas le remède serait pire que le mal, une famille saine se voyant contaminée par l'enfant qu'elle a recueilli. Jamais, d'ailleurs, cette éventualité ne s'est produite à Angers, on s'attache autant que possible à placer l'enfant chez un des membres de sa famille, de la sorte les parents consentent bien plus facilement à s'en séparer ; de plus, ce mode de placement revient moins cher. Malheureusement il n'est pas toujours possible d'agir de la sorte ; les enfants sont alors envoyés dans des familles sûres visitées de temps en temps inopinément par l'infirmière visiteuse qui se rend compte si toutes les précautions d'hygiène ont été bien prises.

Préventoria

Les préventoriums sont, suivant la définition adoptée par la commission de préservation contre la tuberculose : « Des établissements situés à la campagne où des enfants, le plus souvent exposés à la contamination familiale, non fébricitants, non contagieux, atteints des formes initiales latentes et curables de la tuberculose extra-pulmonaire, sont soumis en régime d'internat à une hygiène spéciale constituée par une alimentation surveillée, une aéra-

tion contenue et une association de repos et d'entraînement physique et intellectuel respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue (1). »

Une telle définition rend bien compte tout de suite de la façon dont on doit comprendre le préventorium. C'est un établissement de cures pour enfants malades mais non contagieux qui, ne pouvant être soignés chez eux, à cause de tous les soins que demande leur état, trouvent dans cet établissement la nourriture et le bon air nécessaires à leur santé. C'est véritablement par le placement au préventorium que l'on obtient les meilleurs résultats et on se rend compte que la tuberculose bien soignée au début est une maladie curable.

Quelquefois ces établissements ont été combattus parce qu'on met en contact de nombreux enfants et qu'on favorise par là même le développement de la tuberculose. Ce reproche n'existe plus si on suit à la lettre la définition donnée plus haut chaque enfant ne devant pas être contagieux et soumis à des examens médicaux répétés.

Le dispensaire d'Angers dispose de toute une gamme de préventoriums.

A Varades se trouve le préventorium du « Coteau ». Il est placé dans un beau site des bords de la Loire assez éloigné de celle-ci pour que le brouillard

1. Léon Bernard, *Revue de phtisiologie*, janvier 1926.

II. Cocard

qui monte de l'eau ne vienne pas jusqu'à lui. Il est réservé aux fillettes et aux jeunes filles.

Le préventorium de Champlocé situé à 26 kilomètres d'Angers est utilisé pour les petites filles. Nous trouvons dans l'établissement de ce sanatorium une tentative intéressante et qui mériterait d'être poursuivie en France, c'est l'utilisation et la transformation en préventorium de ces petits hôpitaux de campagne qui n'ont souvent plus des hôpitaux que le nom, les malades en étant totalement absents. Il y a dans les environs d'Angers peu de gros bourgs qui n'aient ainsi à leur disposition un petit hospice qui avait autrefois sa raison d'être, maintenant avec la rapidité des communications le médecin traitant préfère envoyer ses malades à l'Hôtel-Dieu d'Angers où il pourront bénéficier avec plus de facilités des divers examens exigés à l'époque actuelle pour un diagnostic certain, condition expresse d'une thérapeutique efficace. Pourquoi donc ne pas aménager en préventoriums ces petits hôpitaux et les pourvoir du confort moderne ainsi qu'il a été fait à Champlocé, au lieu de les laisser complètement inutiles.

Les garçons sont dirigés sur le préventorium de Saint-Fraigne (Charente). Il est regrettable que le Maine-et-Loire n'ait pas un préventorium spécial pour ceux-ci qui permettrait de préserver beaucoup plus de petits êtres qu'on ne peut le faire actuellement.

Enfin certains cas de tuberculose osseuse récla-

mant le climat marin ont recours au sanatorium de Ker Pape situé près de Lorient.

Sanatoria

C'est une partie importante de la tâche du dispensaire que de placer les malades dans les sanatoriums. De la sorte on peut arriver à guérir un malade de ses lésions tuberculeuses en même temps l'on soustrait son entourage aux dangers de la contamination. Si de 12 sanatoriums avec 1200 lits leur nombre est passé de 30 avec 4345 lits (nous ne parlons que de sanatoriums publics) il n'en est pas moins évident que leur nombre est insuffisant ; aussi à Angers comme partout ailleurs, la difficulté pour admettre les malades est des plus grandes. Souvent la difficulté vient aussi de la commune dont le malade dépend comme assistance ; alors que le déplacement à l'hôpital d'un malade pour lequel il n'y a plus rien à espérer est toujours consenti sans la moindre difficulté, par contre le placement dans un sanatorium d'un malade dont on peut espérer la guérison est considérée comme un véritable luxe. Le surcroît de dépenses étant pris en charge par l'Etat (1) et le département, on ne peut pas objecter que le traitement des tuberculeux est plus onéreux que celui des autres malades. Il faudrait changer la mentalité de beaucoup de gens, surtout dans les

1. Léon Bernard, *Tuberculose pulmonaire*.

petites campagnes, et là principalement, l'aide du médecin peut-être d'un grand secours pour la lutte antituberculeuse.

Pour Angers et le département une convention a été passée entre ceux-ci d'une part et le sanatorium de Villepinte qui assure la libre disposition de vingt lits ; le sanatorium ne reçoit que des femmes. Malheureusement aucun contrat n'a été passé avec un sanatorium pour hommes, ce qui a pour conséquence une difficulté beaucoup plus grande de placement.

Comme sanatorium à climat maritime celui de Ker Pape est mis à contribution on y reçoit des hommes, des femmes et des enfants.

Enfin les malades les plus atteints sont dirigés sur le service de tuberculeux de l'Hotel-Dieu rattaché à la clinique médicale. Dans ce service ne sont pas non seulement adressés les malades touchés d'une manière grave, mais aussi d'autres qui sont tractés par la collapso-thérapie. Il y a une liaison très étroite entre le service de tuberculeux de l'hôpital où fonctionne un véritable centre de réinsufflation de pneumothorax et le dispensaire antituberculeux.

Cette très importante question des placements est plus que d'autres, peut être, conditionnée par des raisons financières. Certainement une bonne part des placements est affectuée grâce au service d'assistance de la commune et de la ville d'Angers qui consacre chaque année une très forte somme à cette tâche ; mais les conditions économiques de la vie

sont telles qu'il y a des familles quasi-nécessiteuses qui ne peuvent bénéficier des mesures d'assistance. Le dispensaire d'Angers estime qu'on ne saurait se désintéresser de cette classe d'individus, aussi dans bien des cas son budget d'assistance sert à participer aux dépenses de prophylaxie et de ceux auxquelles les simples ressources des familles ne sauraient faire face. Il est puissamment aidé dans cette œuvre par un organisme juxtaposé « Le comité d'assistance au dispensaire d'Angers ». Celui-ci est composé de personnes d'un dévouement inlassable, groupant des ressources particulières qui sont mises à la disposition du médecin du dispensaire et permettent à celui-ci d'étendre considérablement le domaine de son assistance. Un autre principe suivi au dispensaire d'Angers, c'est d'associer pécuniairement la famille aux frais nécessités par le placement. Cette contribution familiale si minime soit elle, a le plus heureux effet. Les parents du malade et celui-ci même, s'intéressent beaucoup plus à ce que l'on fait pour lui et sont moins exigeants que lorsque tout est offert gratuitement.

Pour clore cette étude, il est intéressant de montrer la place occupée actuellement par le dispensaire antituberculeux dans le cadre des autres organismes principaux de la ville. La liaison est étroite avec les dispensaires ou consultations de la ville. Tous adressent au dispensaire antituberculeux les malades suspects pour simple examen médical ou pour prise en charge complète. La liaison avec le dispensaire

antisyphilitique et avec le service des tuberculeux faisant partie du service de clinique médicale de l'hôpital si important en pratique a fait l'objet d'un examen précédent (voir ci-dessus).

Nous avons longuement exposé la question des rapports du dispensaire avec les médecins et nous avons montré combien des rapports se sont beaucoup améliorés et que le nombre des malades envoyés par ceux-ci à la consultation va en s'accroissant de jour en jour à tel point que pour l'année 1925, 95 médecins ont envoyé des malades à la visite et qu'il leur a été expédié 680 résultats. Les rapports avec l'Assistance publique départementale et l'assistance de la ville d'Angers sont nombreux et cordiaux. Rien que pour l'année 1925 la somme des placements supportés par l'Assistance publique d'Angers s'élève à près de 100.000 francs ce qui fait voir la considération que la ville a pour les actes du dispensaire.

La liaison de même est étroite avec l'Office départemental des réformés de guerre, liens qui ont été renforcés récemment. On sait en effet que les tuberculeux réformés de guerre qui sollicitent leur admission dans un sanatorium militaire ou station sanitaire doivent faire dresser leur dossier médical par le dispensaire antituberculeux. De même les tuberculeux réformés à 100 p. 100 qui désirent toucher leur allocation spéciale de 5000 francs doivent être inscrits régulièrement dans les dispensaires. A ce sujet, permettons-nous d'ajouter que la fédération des

reformés et mutilés de guerre a voté à plusieurs reprises des remerciements au dispensaire d'Angers pour les nombreux services qu'il rend à leurs adhérents.

L'office départemental des pupilles de la Nation a en quelque sorte, chargé le dispensaire de la lutte contre la tuberculose parmi ses pupilles. Tous ceux qui sont signalés comme suspects ou qui ont été en contact avec des tuberculeux sont adressés au dispensaire, ce n'est qu'avec l'avis de celui-ci que l'Office accorde des secours pour soigner les malades.

Le conseil de révision invite tous les conscrits ajournés ou reformés pour des raisons d'ordre pulmonaire à se faire examiner au dispensaire afin d'y voir précisée leur diagnostic. C'est un commencement de liaison, intéressant à constater, mais dans cette voie il conviendrait d'aller beaucoup plus loin. (1)

1. Le conseil de révision forme en effet une sorte de recensement obligatoire de toute la population mâle. Pourquoi nombre de sujets ajournés pour des sommets à respiration imparfaite, ne seraient-ils pas dirigés sur le dispensaire antituberculeux le plus proche qui dresserait leurs dossiers. Ceci n'offrirait que des avantages : a) pour les sujets qui passent leur conseil c'est la certitude de voir la décision définitive motivée par une observation médicale minutieuse au cours de laquelle tout aura été mis en œuvre pour serrer la vérité de près ; b) Pour les médecins du conseil de révision ce sera la possibilité de trouver réunis au moment de leur examen des sujets déjà ajournés une fois, des documents précis et parfaitement impartiaux qui leur permettront de porter bien plus facilement un diagnostic extrêmement délicat ; c) Pour l'État, c'est l'économie d'incorporer des recrues qu'il faudra ensuite éliminer après la mise en observation à l'hôpital, parfois même, après un début de service militaire donnant droit à une réforme, possibilité aussi de

Il faut noter également qu'un certain nombre de grandes écoles de la ville notamment celle des Arts et Métiers, les écoles normales des instituteurs et institutrices en accord avec leur médecin, envoient au dispensaire un certain nombre de sujets pour faire précéder leur diagnostic.

Quelques chiffres

En terminant cette étude nous nous permettrons d'ajouter quelques chiffres qui auront simplement pour but de concrétiser la progression du dispensaire depuis 1921. Le nombre des malades s'étant présentés aux consultations a particulièrement augmenté puisque de 1707 qu'il était en 1921 il est passé à 4.299 pour l'année 1925. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués a été de 363 pour cette même année dont 315 pulmonaires. Pour les malades venus au dispensaire 1.113 examens de crachats ont été pratiqués parmi lesquels 319 ont révélé la présence du bacille de Koch. Le nombre de réactions de Wassermann faites a toujours été en augmentant puisque de 65 en 1922 ce chiffre a été de 113 en 1925 ; 16 seulement se sont montrées positives, mais nous avons dit plus haut ce qu'il fallait

recupérer de nombreux sujets dotés de poumons normaux. d) Au point de vue social, la prophylaxie rendrait une aide incalculable de ce tri effectué méthodiquement, de ce dépistage fructueux. (D^r Amsler, *Revue de phtisiologie*, juin 1925.

penser de cette réaction faite dans le sang et nombreux malades considérés comme spécifiques ont été notablement améliorés par le traitement antisypilitique bien que la réaction de Wassermann ait toujours été négative. De plus 1.445 examens radiologiques ont été pratiqués.

Au point de vue du rôle social du dispensaire en 1925, 3.228 visites ont été accomplies contre 1.738 en 1921 ce qui porte à 16.371 le total de ces visites pour cinq ans de plein fonctionnement; 115 lits ont été prêtés et 330 habitations ont été désinfectées. Le nombre des placements d'adultes ou d'enfants (sanatorium, préventorium, etc...) ont été sensiblement les mêmes que ceux des années précédentes oscillant autour de 30 par an.

Ces chiffres malgré leur éloquence ne donnent cependant qu'une idée approximative de l'utilité du dispensaire antituberculeux. Ils ne comprennent pas notamment tous les placements faits directement par le médecin traitant sur les conseils du dispensaire mais sans que celui-ci ait fait lui-même la démarche.

CONCLUSIONS

Après cinq ans de plein fonctionnement du dispensaire anti-tuberculeux d'Angers, il est possible de dégager les principes généraux qui pratiquement conditionnent la marche normale de ce dispensaire et d'une manière générale la marche d'un dispensaire de grande ville.

Le dispensaire antituberculeux d'Angers fonctionne suivant les directives du Comité national de défense contre la tuberculose demeurant en liaison continue avec celui-ci.

Cette règle qui devait être suivie par tous est indispensable pour assurer l'unification et la cohérence des mesures de lutttes anti-tuberculeuses en France.

Le travail médical des consultations tend, en mettant en œuvre tous les procédés d'investigations modernes usités en phtisiologie actuellement à permettre aux médecins spécialisés qui examinent les malades :

1° De s'efforcer à poser rapidement les diagnostics précoce de tuberculose pulmonaire et de reconnaître plus tôt possible le caractère contagieux du tuberculeux.

2° De remplir auprès du malade et du médecin traitant le rôle d'un véritable médecin consultant.

3° De reformer de faux diagnostics de tuberculose déterminant le diagnostic réel qui doit y être substitué. Cette recherche conduit d'ailleurs en raison de la fréquence de la spécificité à poursuivre la mise en évidence de la syphilis et de l'hérédosyphilis dans nombre de cas.

Les diagnostics ainsi précisés entraînent automatiquement la prise en charge du malade et de sa famille. La tenue régulière et systématique des « contacts » est d'importance capitale car elle permettra de dépister des manifestations précoces de tuberculose ou de déterminer les mesures nécessaires pour empêcher l'éclosion de celle-ci.

Le travail médical déclanche le travail social des infirmières visiteuses. En dehors des mesures de prophylaxie à domicile, l'effort principal porte sur la préservation de l'enfance. Pour la réaliser sont mis en œuvre les placements :

A l'œuvre Grancher ;

En placement familial surveillé ;

En préventorium.

En ce qui concerne le malade, le placement en sanatorium ou à l'hôpital est obtenu suivant l'état du tuberculeux et les probabilités de guérison.

Le résultat de cinq ans de fonctionnement suivant une directive montre que le dispensaire d'Angers est en plein essor. La place relativement très importante qu'il occupe actuellement dans le cadre des

institutions ou administrations principales de la ville d'Angers, l'affirme de façon péremptoire. D'autre part, l'assiduité et l'affluence croissante des malades établissent la réalité du rôle éducateur.

Le dispensaire antituberculeux, quoique l'on ait pu dire, répond donc à une nécessité impérieuse de la médecine sociale rendant à la masse de ses consultants des services signalés et appréciés.

Vu : le Doyen

ROGER

Vu : le président de la thèse,

Léon BERNARD

Vu et permis d'imprimer,
Le recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	9
Le dispensaire d'Angers.....	12
Rôle médical du dispensaire.....	16
Fonctionnement et moyens de diagnostic.....	18
Diagnostic précoce de la tuberculose.....	23
Dépistage de la tuberculose.....	28
Rôle de consultant médical du dispensaire.....	31
Dépistage des fausses tuberculoses.....	34
Recherche systématique de la syphilis.....	41
Prise en charge des malades.....	47
Examen des « contacts ».....	48
Rôle social du dispensaire.....	54
Infirmières visiteuses.....	54
Différents moyens de prophylaxie.....	58
Protection de l'enfance.....	60
Placements.....	61
Préventoriûms.....	64
Sanatoriums.....	67
Quelques chiffres.....	72
Conclusions.....	74

7075 - Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, r. Racine, Paris - 4-1926
